

J – Déclarations, autorisations et signatures

J1 – Le soussigné :

- Convient qu'un questionnaire complémentaire sur le mode de vie et les antécédents médicaux pourrait être rempli lors de la rencontre avec le conseiller en sécurité financière / représentant ou lors d'un entretien en personne ou un entretien téléphonique ENREGISTRÉ avec une société paramédicale ou une autre personne autorisée représentant SSQ, Société d'assurance-vie inc. ou agissant en son nom. Le soussigné convient que ce questionnaire complémentaire sera réputé faire partie de la présente proposition et que ses renseignements serviront à établir le contrat souscrit auprès de SSQ, Société d'assurance-vie inc. Le soussigné convient également d'examiner ces éléments d'information à la réception du contrat et d'aviser immédiatement SSQ, Société d'assurance-vie inc. s'il y décèle des renseignements faux, inexacts ou incomplets.
- Convient que toute information qu'il a divulguée lors d'une entrevue téléphonique ENREGISTRÉE à une société paramédicale ou à une autre personne autorisée représentant SSQ, Société d'assurance-vie inc. ou agissant en son nom, incluant, mais sans s'y limiter, ses antécédents médicaux et son état de santé, sera réputée faire partie de la présente proposition et que cette information servira à établir le contrat souscrit auprès de SSQ, Société d'assurance-vie inc. Le soussigné convient que tout enregistrement, transcription ou autre reproduction de cette information par SSQ, Société d'assurance-vie inc. ou au nom de celle-ci sera considéré comme aussi exact, complet et contraignant qu'un document écrit de sa part.
- Convient que, si des renseignements enregistrés se révèlent inexacts ou incomplets (y compris, mais sans s'y limiter, les renseignements fournis pour justifier l'application des taux non-fumeurs relativement à un assuré aux termes du contrat demandé), le contrat sera nul dans le cas dudit assuré.
- Convient que, si une note de couverture provisoire procurant une garantie d'assurance temporaire immédiate a été établie relativement à une assurance vie, le montant payable en vertu de ladite note et de toutes autres notes de couverture provisoires établies par SSQ, Société d'assurance-vie inc. sur la tête de l'assuré est limité au moindre de 500 000 \$ et le capital assuré total faisant l'objet des propositions d'assurance soumises.
- Convient que, si une note de couverture conditionnelle a été établie relativement à une assurance maladies graves, le montant payable sera le moindre du capital assuré demandé dans la proposition d'assurance vie et maladies graves et 500 000 \$ moins tout autre capital assuré en vertu d'une assurance maladies graves en suspens ou en vigueur auprès de SSQ, Société d'assurance-vie inc.
- Convient que la présente proposition ainsi que la note de couverture provisoire ci-jointe se rapportant à une assurance vie, et la note de couverture conditionnelle ci-jointe se rapportant à l'assurance maladies graves, le cas échéant, sont assujetties aux lois de la province de résidence du propriétaire au moment où le contrat est émis, sous réserve des lois applicables.
- Convient que, si le produit Tempo Plus est souscrit, le montant de la prestation payable en cas d'invalidité totale sera en fonction du montant des mensualités admissibles du ou des prêts admissibles en vigueur au moment de l'invalidité totale, et ce, peu importe le montant mensuel souscrit dans la présente proposition d'assurance. La prestation payable n'excédera pas le montant mensuel souscrit dans la présente proposition, sous réserve des modalités du contrat. Si aucune mensualité admissible n'est en vigueur au moment de l'invalidité totale, le soussigné convient que la responsabilité de SSQ, Société d'assurance-vie inc. se limitera au remboursement des primes perçues depuis l'acquiescement du ou des prêts, étant entendu que ce remboursement n'excédera pas une période de dix-huit (18) mois précédant la demande de prestation en cas d'invalidité totale.
- Convient avoir reçu les explications du conseiller concernant la possibilité de modification de régime fiscal qu'entraînent certaines modifications exigeant des preuves d'assurabilité, le cas échéant, et qu'à ce titre l'entiereté du contrat pourrait être soumis aux règles fiscales en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, si ce n'est pas déjà le cas.
- Autorise tout professionnel de la santé, hôpital ou établissement de santé ou de services sociaux privé ou public, toute compagnie d'assurances, tout réassureur ou toute autre institution ou personne possédant des dossiers ou des renseignements à son sujet ou sur son état de santé à les communiquer à SSQ, Société d'assurance-vie inc. ou à ses réassureurs, lesquels renseignements seront traités confidentiellement et consignés au dossier mentionné à l'« Avis relatif aux dossiers et aux renseignements personnels » qu'il a lu.
- Autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc. et ses réassureurs aux fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conformité réglementaire et contractuelle, d'offre de produits d'assurance et de services financiers et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations à recueillir, retenir, échanger et utiliser uniquement les renseignements nécessaires selon l'objet du dossier auprès de toute personne physique ou morale possédant des renseignements personnels à son sujet, y compris toute autre compagnie d'assurances, tout médecin ou institution médicale, le MIB Inc., toute agence d'enquête et toute personne physique ou morale susceptible de posséder des renseignements personnels pertinents à l'objet du dossier, à divulguer uniquement les renseignements personnels requis qu'elle possède sur lui aux dites personnes physiques ou morales et à demander sur lui un rapport d'enquête. La présente autorisation vaut pour la période nécessaire à l'atteinte des fins auxquelles elle a été demandée. Le soussigné a lu l'« Avis à la personne à assurer et au(x) propriétaire(s) » relatif au MIB Inc. et aux dossiers et renseignements personnels et comprend que les renseignements seront traités confidentiellement et consignés dans le dossier de l'assuré mentionné dans ce dernier avis.
- Autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc. et ses réassureurs aux fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conformité réglementaire et contractuelle, d'offre de produits d'assurance et de services financiers et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations à obtenir et utiliser toute information détenue par toute agence d'évaluation du crédit aux fins susmentionnées. Cette autorisation vaut pour la période nécessaire à l'atteinte des fins auxquelles elle a été demandée.
- Déclare que les renseignements fournis dans la déclaration de résidence pour fins de l'impôt sont exacts et complets et s'engagent à fournir à SSQ, Société d'assurance-vie inc. une nouvelle déclaration de résidence aux fins de l'impôt dans un délai de 30 jours suivant tout changement de circonstances faisant en sorte que les renseignements fournis dans le présent formulaire deviennent incomplets ou inexacts.
- Déclare que les affirmations précédentes sont véridiques, complètes et correctement inscrites et font partie de la proposition d'assurance auprès de SSQ, Société d'assurance-vie inc. Toute fausse déclaration ou réticence de la personne à assurer sur des circonstances connues de lui et de nature à influencer de façon importante un assureur raisonnable dans l'établissement de la prime, l'appréciation du risque ou la décision de l'accepter entraînent, à la demande de l'assureur, la nullité du contrat même en ce qui concerne les sinistres non rattachés aux risques ainsi dénaturés.
- Déclare avoir reçu l'Avis à la personne à assurer et au(x) propriétaire(s) et confirme d'en accepter les conditions.

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

Signée à (ville et province)

X

Signature de l'assuré

X

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal de l'assuré mineur (assurance enfant)

X

Signature du propriétaire 1 – nécessaire seulement s'il ne s'agit pas de l'assuré

X

Signature du propriétaire 2 – nécessaire seulement s'il ne s'agit pas de l'assuré

Si le propriétaire est une personne morale ou autre entité :

X

Signature

Nom et titre du signataire autorisé

X

Signature

Nom et titre du signataire autorisé

Numéro de la proposition

J2 – Paiement par carte de crédit (1^{re} prime seulement)

- Ce mode de paiement est offert uniquement pour les nouvelles affaires.
- Si la fréquence de paiement de la prime est annuelle, le montant payable par carte de crédit est limité à 1/12^e de la prime annuelle (ou 1/12^e de la prime MINIMUM annuelle pour l'assurance vie universelle), sujet à un maximum de 5 000 \$.
- Si la fréquence de paiement de la prime est mensuelle, le montant payable par carte de crédit est limité à la première prime mensuelle (ou première prime MINIMUM mensuelle pour l'assurance vie universelle), sujet à un maximum de 5 000 \$.
- Conformément à la législation et à la réglementation en vigueur, lorsque ce type de paiement est choisi, la proposition doit être envoyée par courrier.**

Nom du payeur

Visa MasterCard

Numéro de carte de crédit

| M | M | A | A | A | A |

Date d'expiration

Numéro de contrat

X

Signature

Versement de la 1^{re} prime (encaissement à la réception de cette proposition)
Ce type de paiement est disponible lorsque la proposition est envoyée par courrier

J4 – Déclaration de résidence aux fins de l'impôt du(des) propriétaire(s) (autocertification)

(applicable à l'assurance vie entière et à l'assurance vie universelle)

L'assuré et les propriétaire(s) doit(vent) être résidents du Canada aux fins d'impôt pour qu'un contrat d'assurance puisse être émis. Les renseignements fournis dans la déclaration de résidence pour fins de l'impôt doivent être exacts et complets. Le propriétaire doit fournir à SSQ, Société d'assurance-vie inc. une nouvelle déclaration dans un délai de 30 jours suivant tout changement de circonstances faisant en sorte que les renseignements fournis dans la présente déclaration sont incomplets ou inexacts (ex. changement de compte bancaire pour un compte dans une institution financière d'un pays autre que le Canada et les États-Unis, changement d'adresse à la suite d'un déménagement dans un pays autre que le Canada et les États-Unis, etc.).

Propriétaire est une personne morale (corporation) ou un autre type d'entité

La Déclaration de résidence pour fins de l'impôt doit être remplie sur le formulaire *Vérification de l'existence (identité) des personnes morales et autres entités* (FRA1235F).

Propriétaire 1 (individu)	Propriétaire 2 (individu)
<p>Cocher (✓) toutes les options qui s'appliquent à vous :</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis un résident du Canada aux fins de l'impôt</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis un résident d'une autre juridiction que le Canada et les États-Unis aux fins de l'impôt</p> <p>➔ Si vous cochez cette case, le formulaire Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Individu (FRA1737F) est obligatoire.</p>	<p>Cocher (✓) toutes les options qui s'appliquent à vous :</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis un résident du Canada aux fins de l'impôt</p> <p><input type="checkbox"/> Je suis un résident d'une autre juridiction que le Canada et les États-Unis aux fins de l'impôt</p> <p>➔ Si vous cochez cette case, le formulaire Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Individu (FRA1737F) est obligatoire.</p>

J5 – Détermination de l'existence d'un tiers (applicable à l'assurance vie entière et à l'assurance vie universelle)

Conformément à la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* ainsi qu'à ses règlements, le conseiller en sécurité financière/représentant doit prendre des mesures raisonnables pour déterminer, dans le cadre de la présente proposition, si le(s) propriétaire(s) agit (agissent) pour le compte d'un tiers (individu, personne morale ou autre type d'entité).

Afin de déterminer si un « tiers » est en cause, il ne s'agit pas d'identifier le « propriétaire » de l'argent mais plutôt la personne qui donne les instructions quant à la façon de procéder avec l'argent. Si la personne qui est devant vous agit selon les instructions d'une autre, cette autre personne est le tiers. À noter que, lorsque des employés agissent au nom de leur employeur, ils sont considérés comme agissant au nom d'un tiers.

Lorsque le payeur des primes est une personne ou une entité différente du(des) propriétaire(s), le payeur est considéré comme un tiers et la section ci-dessous doit être remplie.

Le(s) propriétaire(s) agit-il (agissent-ils) pour le compte d'un tiers (individu, personne morale ou autre type d'entité) ou encore, existe-t-il un tiers en ce qui concerne ce contrat?

- Oui ➔ veuillez compléter la partie « Identification du tiers » ci-dessous.
- Non
- Il est impossible de déterminer si le(s) propriétaire(s) agit (agissent) au nom d'un tiers, mais j'ai des motifs raisonnables de croire que c'est le cas ➔ veuillez compléter la partie « Identification du tiers » ci-dessous.

Est-ce que la personne ou l'entité qui effectue le paiement des primes/sommes dans le contrat d'assurance est différente du(des) propriétaire(s)?

- Oui ➔ veuillez compléter la partie « Identification du tiers » ci-dessous.
- Non

Identification du tiers (si applicable)

Nom du tiers Date de naissance (si le tiers est une personne physique) |

Adresse complète permanente du tiers

Activité principale ou profession détaillée avec le domaine d'activité (si retraité, inscrire la dernière profession) Lien entre le tiers et le(s) propriétaire(s)

Si le tiers est une personne morale (corporation) ou autre entité : Numéro d'entreprise Lieu de délivrance du certificat de constitution

Si vous ne parvenez pas à obtenir les renseignements mentionnés ci-dessus sur le tiers, veuillez inscrire les raisons dans l'espace ci-dessous :

Si vous ne parvenez pas à déterminer si le propriétaire agit au nom d'un tiers, mais avez des motifs raisonnables de croire que c'est le cas, veuillez inscrire les motifs dans l'espace ci-dessous :

K – Rapport du conseiller en sécurité financière / représentant

- Source
 Venant de l'assuré Cas référé Connaissance Client Vie Client I.A.R.D. Autre (précisez) : _____
- Relation avec l'assuré
 Ami personnel Lien de parenté (précisez) : _____ Autre (précisez) : _____
 Depuis quand connaissez-vous l'assuré? | A | A | A | A | M | M | J | J |
- Quelle(s) langue(s) a (ont) été employée(s) pour remplir la proposition? _____
- La (les) personne(s) à assurer vous a-t-elle (ont-elles) dit comprendre la langue employée pour remplir la proposition?
 Oui Non
- Si une autre langue que le français a été employée, veuillez nous indiquer le nom de la personne qui a expliqué la proposition aux personnes à assurer. Cette personne ne peut être le bénéficiaire ou un membre de la famille de la (des) personne(s) à assurer.

K1 – Renseignements sur le conseiller en sécurité financière / représentant

Les renseignements suivants sont nécessaires au traitement de la proposition ainsi que pour le versement des commissions.

Nom du conseiller de service (en caractères d'imprimerie)	Agence	Code du conseiller en sécurité financière / représentant
Partage % (multiples de 5 %)	Téléphone	
Nom du conseiller qui partage la commission (s'il y a lieu) (en caractères d'imprimerie)	Agence	Code du conseiller en sécurité financière / représentant
Partage % (multiples de 5 %)	Téléphone	
Nom du conseiller qui partage la commission (s'il y a lieu) (en caractères d'imprimerie)	Agence	Code du conseiller en sécurité financière / représentant
Partage % (multiples de 5 %)	Téléphone	

Je ne possède pas de code de conseiller avec SSQ, Société d'assurance-vie inc. Il s'agit de ma première proposition.

K2 – Attestation du conseiller en sécurité financière / représentant

Je confirme avoir remis le document « **Communication de renseignements concernant les conseillers** » au(x) propriétaire(s) lequ(e)l l'informe (les informe) :

- du nom de la ou des sociétés que je représente actuellement;
- que je touche une rémunération comme des commissions sur la vente de produits d'assurance vie et d'assurance maladie grave;
- que je pourrais toucher une rémunération supplémentaire sous forme de bonis, de participation à des congrès ou d'autres incitatifs; et
- de tout conflit d'intérêts qui pourrait exister relativement à la présente transaction.

Je déclare avoir un permis valide sur le territoire où la demande a été signée.

À ma connaissance, les renseignements fournis dans cette demande d'assurance sont exacts.

Si je ne suis pas le conseiller de service pour ce contrat, je déclare avoir avisé le(s) propriétaire(s) de ce fait et de l'identité de son (leur) conseiller de service telle qu'elle apparaît dans la Section K1.

Vérification de l'identité du (des) propriétaire(s) (assurance vie entière et assurance vie universelle)

Conformément à la **Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes** ainsi qu'à ses règlements, j'ai vérifié l'identité des personnes qui ont apposé leur signature à la présente proposition en qualité de propriétaire(s), en examinant tous les documents originaux fournis et en rencontrant le(s) propriétaire(s) pour remplir la présente proposition.

Détermination de l'existence d'un tiers (assurance vie entière et assurance vie universelle)

Conformément à la **Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes** ainsi qu'à ses règlements, j'ai fait des efforts raisonnables en vue de déterminer si le(s) propriétaire(s) agit (agissent) au nom d'un tiers.

Nom du conseiller en sécurité financière / représentant (en caractères d'imprimerie)	Code du conseiller en sécurité financière / représentant
Signature du conseiller en sécurité financière / représentant	Date

Notes et détails du conseiller en sécurité financière / représentant

L – Avis et notes de couverture

L1 – Note de couverture conditionnelle – assurance maladies graves

Directives s'adressant au conseiller en sécurité financière / représentant

Si la personne à assurer est âgée de 30 jours et plus et de moins de 66 ans au plus proche anniversaire de naissance à la date de signature de la proposition, veuillez détacher la présente note de couverture conditionnelle et la remettre au propriétaire.

Qu'une prime ait été perçue ou non avec la proposition, aucune garantie n'est donnée en vertu de la présente note de couverture conditionnelle si l'une ou l'autre des conditions énoncées ci-après ne sont pas respectées.

Note de couverture – assurance maladies graves

SSQ, Société d'assurance-vie inc. offre une assurance maladies graves provisoire CONDITIONNELLE gratuite conformément aux conditions énoncées ci-après.

La présente note de couverture conditionnelle, sous réserve des dispositions habituelles s'appliquant au contrat souscrit, entrera en vigueur :

- à la date de réception d'une preuve d'assurabilité satisfaisante pour la personne à assurer (la « date d'effet »); et
- à la condition qu'il soit établi que la personne à assurer représentait un risque régulier à la date d'effet, selon les règles et les pratiques courantes de SSQ, Société d'assurance-vie inc. en matière de sélection des risques; et
- à la condition qu'un paiement d'un montant équivalent ou supérieur à celui de la première prime mensuelle soit, à la fois, perçu et encaissable à la date à laquelle la proposition d'assurance a été signée par la personne à assurer et par le conseiller en sécurité financière / représentant; et
- à la condition que le paiement susmentionné ait été émis à SSQ, Société d'assurance-vie inc. et ait été honoré par l'institution financière lors de sa première présentation.

La note de couverture conditionnelle expirera à la date d'effet du contrat demandé.

Le capital assuré en vertu de l'assurance maladies graves pour la personne à assurer aux termes de la présente note de couverture sera limité au moindre :

- du capital assuré demandé dans la proposition d'assurance vie et maladies graves sur la tête de la personne à assurer; et
- de 500 000 \$ moins tout autre capital assuré en vertu d'une assurance maladies graves payable par SSQ, Société d'assurance-vie inc. pour la personne à assurer.

Si la personne à assurer reçoit un diagnostic de cancer, aucun règlement ne sera effectué en vertu de la présente note de couverture.

Si la personne à assurer décède dans les 30 jours suivant le diagnostic d'une maladie grave couverte, aucun règlement ne sera effectué en vertu de la présente note de couverture.

Si la personne à assurer est âgée de moins de 30 jours ou de 66 ans et plus, aucun règlement ne sera effectué en vertu de la présente note de couverture.

L2 – Note de couverture provisoire – assurance temporaire immédiate – assurance vie

Reçu de _____ \$
la somme de _____

Directives s'adressant au conseiller en sécurité financière / représentant

Si la personne à assurer est âgée de 15 jours et plus et de moins de 66 ans au plus proche anniversaire de naissance à la date de signature de la proposition, veuillez détacher la présente note de couverture provisoire et la remettre au(x) propriétaire(s).

- La somme versée au conseiller en sécurité financière / représentant doit représenter la première prime mensuelle ou un douzième (1/2) de la prime modale annuelle et être encaissable à la date à laquelle la personne à assurer signe la proposition d'assurance.
- La présente note de couverture ne pourra pas entrer en vigueur si le paiement n'est pas honoré lors de sa première présentation.
- Personne n'est autorisé à modifier les conditions de la présente note de couverture.
- **Voir dispositions et conditions.**

Signée à (ville et province) _____

X _____

Signature du conseiller en sécurité financière / représentant

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

Dispositions et conditions – assurance temporaire immédiate – assurance vie

1. MONTANT DE LA COUVERTURE ET LIMITES

En considération du paiement de la prime indiquée à la Section C, SSQ, Société d'assurance-vie inc. consent à fournir une garantie d'assurance temporaire immédiate, à concurrence d'un maximum de 500 000 \$, sur la tête de l'assuré selon les dispositions et conditions attachées à la présente note de couverture provisoire. Si le capital assuré tel qu'indiqué à la Section A est inférieur à 500 000 \$, la somme indiquée à la Section A constituera le capital assuré aux fins de l'assurance temporaire immédiate. Si le capital assuré tel qu'indiqué à la Section A est égal ou supérieur à 500 000 \$, le capital assuré aux fins de l'assurance temporaire immédiate sera 500 000 \$. En cas de décès de l'assuré pendant que l'assurance temporaire immédiate est en vigueur, toute prime payée qui excède la prime requise pour une couverture de 500 000 \$ sera remboursée. Le maximum de 500 000 \$ comprend les autres notes de couverture provisoires émises par SSQ, Société d'assurance-vie inc., tel qu'indiqué à la Section J1 (article 4).

2. DÉBUT DE LA COUVERTURE

L'assurance temporaire immédiate prend effet dès que la note de couverture provisoire est signée, pourvu que la prime requise de l'assuré soit payée et que les réponses aux questions 1 à 6 pour l'assurance temporaire immédiate de la Section F de la proposition soient toutes négatives.

3. FIN DE LA COUVERTURE

L'assurance temporaire immédiate se termine automatiquement lors de la première des éventualités suivantes :

- a) 90 jours après la date de la présente proposition;
- b) la date à laquelle une contre-offre est présentée à votre conseiller en sécurité financière / représentant;
- c) la date à laquelle le contrat demandé prendra effet;

d) la date à laquelle SSQ, Société d'assurance-vie inc. avise le(s) propriétaire(s) de la résiliation de l'assurance temporaire immédiate;

e) la date à laquelle SSQ, Société d'assurance-vie inc. refuse cette proposition. SSQ, Société d'assurance-vie inc. peut mettre fin en tout temps à la présente assurance temporaire immédiate, pourvu qu'elle en avise le(s) propriétaire(s). À la fin de la couverture de l'assurance temporaire immédiate en vertu de 3 a), b), c) ou d) ci-dessus, SSQ, Société d'assurance-vie inc. conserve la prime reçue afin de l'appliquer lors de la mise en vigueur du contrat d'assurance.

4. EXCLUSIONS ET PARTICULARITÉS

a) Toutes les garanties supplémentaires demandées, incluant :

- Décès et mutilation accidentels (DMA)
 - Bénéfice en cas de fracture
 - Exonération des primes (EP)
 - Avenant maladies graves
 - Avenant invalidité – 2 ans, 5 ans ou jusqu'à 65 ans (Tempo Plus)
- sont exclues de l'assurance temporaire immédiate.

b) En cas de suicide, de fraude ou de fausses déclarations, l'assurance temporaire immédiate deviendra nulle et la responsabilité de SSQ, Société d'assurance-vie inc. se limitera à rembourser la prime payée au(x) propriétaire(s).

c) L'assurance temporaire immédiate ne couvre pas les enfants sous les garanties Avenant Jeunesse Plus et Avenant Juvénile.

d) Le conseiller en sécurité financière / représentant n'est pas autorisé à offrir l'assurance temporaire immédiate à un assuré de moins de 15 jours ou de 66 ans et plus.

e) Les produits de maladies graves sont exclus de l'assurance temporaire immédiate.

Autorisation

J'autorise par la présente tout médecin, hôpital, clinique, compagnie d'assurance, agence d'évaluation de crédit, le MIB Inc. ou autre organisme ou institution détenant des renseignements sur moi comprenant notamment des renseignements sur mon état de santé, mes antécédents médicaux, mon mode de vie, mes finances et ma réputation, à communiquer les renseignements à SSQ, Société d'assurance-vie inc. et à ses réassureurs. J'autorise également mon assureur à échanger avec d'autres assureurs, conseillers en sécurité financière / représentants, institutions financières ou personnes que j'ai indiqués à titre de références, les renseignements personnels contenus dans la présente proposition et à faire enquête auprès d'eux aux fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conformité réglementaire et contractuelle, d'offre de produits d'assurance et de services financiers et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations.

En cas de décès, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession est expressément autorisé à communiquer à l'assureur, lorsque requis par ce dernier, tous les renseignements et autorisations nécessaires à l'étude de la réclamation de décès et à l'obtention des justifications requises. En outre, je permets à SSQ, Société d'assurance-vie inc. d'obtenir des renseignements sur moi ou mon état de santé, j'accepte de me soumettre à toute épreuve ou test, incluant mais non limitativement des radiographies, électrocardiogrammes, analyses de sang et d'urine, que SSQ, Société d'assurance-vie inc. peut exiger aux fins de tarification de ma proposition d'assurance. Par ailleurs, j'autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc. à communiquer les résultats de ces analyses à ses réassureurs, le cas échéant, à mon médecin traitant et au MIB Inc. De plus, j'autorise SSQ, Société d'assurance-vie inc. à inclure tous renseignements personnels contenus dans les dossiers qu'elle possède déjà ou ouvrira dans le futur.

Une photocopie ou une copie électronique de cette autorisation aura la validité de l'original.

	X		A A A A M M J J
Nom de l'assuré (en caractère d'imprimerie)	Signature de l'assuré		Date
S'il s'agit d'un mineur : Nom de la mère, du père ou du tuteur légal (en caractère d'imprimerie)	X	Signature de la mère, du père ou du tuteur légal (indiquer le lien avec l'assuré)	A A A A M M J J
			Date

L3 – Avis à la personne à assurer et au(x) propriétaire(s)**Avis relatif au MIB Inc.**

Certains renseignements doivent être recueillis quand un assureur reçoit une proposition d'assurance et ces renseignements doivent être aussi complets que possible. Les renseignements recueillis peuvent être de nature médicale, personnelle ou peuvent porter sur votre solvabilité.

Afin de permettre une sélection des risques plus équitable pour chacun de leurs assurés, la plupart des compagnies d'assurance, y compris SSQ, Société d'assurance-vie Inc. (SSQ), transigent avec un organisme appelé « MIB, Inc. (MIB) ».

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités confidentiellement. Cependant, SSQ ou ses réassureurs peuvent adresser un bref rapport à ce sujet au MIB, Inc. (MIB), un organisme sans but lucratif coordonnant l'échange de renseignements entre les compagnies d'assurance qui en sont membres. Lorsque vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement à une autre compagnie membre du MIB, celui-ci transmet à cette dernière, sur demande, les renseignements contenus dans votre dossier.

Si vous en faites la demande, le MIB vous transmettra les renseignements contenus dans votre dossier. Vous pouvez communiquer avec le MIB par courriel au Canadadisclosure@mib.com ou en composant le 866-692-6901. Si vous contestez l'exactitude des renseignements consignés dans le dossier du MIB, vous pouvez contacter le MIB et demander une correction conformément aux procédures énoncées dans la loi fédérale Fair Credit Reporting Act. L'adresse du bureau d'information du MIB est le 50 Braintree Hill Park, Suite 400 Braintree, MA 02184-8734. Vos renseignements pourraient être transmis et hébergés à l'extérieur du Canada et être régis par les lois applicables à des pays ou États étrangers.

SSQ, ou ses réassureurs, peuvent également transmettre les renseignements de votre dossier à toute autre compagnie d'assurance à laquelle vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement. Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements sur le MIB en consultant son site internet à l'adresse www.mib.com.

Avis relatif au rapport d'enquête

Pour le traitement normal des propositions d'assurance, toutes les compagnies d'assurance, y compris SSQ, Société d'assurance-vie inc., peuvent demander une enquête personnelle pour recueillir des renseignements provenant d'entrevues personnelles avec vos connaissances indiquées à titre de références. L'enquête peut porter sur votre réputation, votre mode de vie et vos finances. Il est possible qu'un représentant d'une société chargée de faire de tels rapports vous visite ou vous téléphone.

Avis relatif aux dossiers et aux renseignements personnels

La protection de vos renseignements personnels est une priorité pour SSQ, Société d'assurance-vie inc. (« SSQ »). Vos renseignements personnels sont protégés par des standards de sécurité élevés, et ce, en conformité avec les lois et règlements applicables en matière de protection des renseignements personnels.

Consentement à la collecte, à la communication, à l'utilisation et à la conservation de vos renseignements personnels

SSQ recueille, communique, utilise et conserve vos renseignements personnels tel qu'à des fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conformité réglementaire et contractuelle, d'offre de produits d'assurance et de services financiers et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations, et ce, pour la durée nécessaire à la réalisation de ces fins.

SSQ, ses sociétés affiliées et leurs réseaux de distribution accèdent, communiquent entre eux, utilisent et conservent vos renseignements personnels aux mêmes fins qu'énumérées précédemment. En conséquence, leurs employés, mandataires et fournisseurs de services pourront avoir accès à vos renseignements personnels, si leurs fonctions ou un contrat le requièrent.

Objet du dossier, lieu de détention et accès à vos renseignements personnels

SSQ recueille, communique, utilise et conserve vos renseignements personnels dans le but de gérer votre dossier de services financiers, d'assurances, d'épargne, de rentes, de crédit ou d'autres services complémentaires.

Vos renseignements personnels sont conservés aux bureaux de SSQ. Ceux-ci pourraient être transférés et utilisés de façon sécurisée à l'extérieur du Canada et être régis par les lois applicables dans ces pays.

Si vous désirez avoir accès à votre dossier ou en demander la rectification, vous devez en faire la demande écrite à l'adresse ci-dessous.

SSQ, Société d'assurance-vie inc.

1225, rue Saint-Charles Ouest, bureau 200
Longueuil (Québec) J4K 0B9

